TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Docteur A. VENOT

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX DE BORDEAUX

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1904



TITRES SCIENTIFIQUES

EXTERNE DES HÔPITAUX DE BORDEAUX, 1890.

INTERNE DES HÔPITAUX DE BORDEAUX, 1892.

(Lauréat des hôpitaux, 1894-1895.)

PRÉPARATEUR DE MÉDECINE EXPÉRIMENTALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE, 1892-1894.

CHEF DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE, 1896-1899.

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX.

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX.

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ DE GYNÉCOLOGIE, D'OBSTÉTRIQUE ET DE PÆDIATRIE DE BORDEAUX.

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX DE BORDEAUX.

(Concours, juin 1900.)

ENSEIGNEMENT

CONFÉRENCES CLINIQUES A L'HÔPITAL DES ENFANTS DE BORDEAUX.

(1896-1899. Service de M. le professeur Piéchaud.)

CONFÉRENCES CLINIQUES A L'HÔPITAL SAINT-ANDRÉ DE BORDEAUX.

(1900-1903. Service de M. le professeur Boursier).



GYNÉCOLOGIE

Des douleurs paroxystiques intermittentes du cancer du corps de l'utérus. — *Journal de médecine de Bordeaux*, 22 mars 1903.

Les douleurs paroxystiques intermittentes ont, dans le cancer du corps de l'utérus, une valeur pathognomonique de premier ordre. Malheureusement c'est un symptôme qu'on observe rarement, et qui ne survient qu'exceptionnellement au début.

Chez la malade que nous avons observée et opérée, le cancer du corps utérin survint douze ans après la ménopause, se manifesta d'abord par des métrorragies, et deux mois après le début apparent, éclatèrent des douleurs paroxystiques intermittentes. Pendant la première semaine, la malade desouffre de une heure à quatre heures tous les soirs. Plus tard, les douleurs recommencent à six heures du soir pour ne cesser que vers minuit ou une heure du matin. Ces douleurs éclataient brusquement dans la cuisse droite tout entière, puis envahissaient la fosse iliaque droite. Elles étaient d'une extrême violence, et pendant l'attaque douloureuse, la malade pliée en deux, en chien de fusil, comprimant son côté droit avec les deux mains, restait ainsi immobilisée, incapable d'exécuter le moindre mouvement. Ces douleurs revenaient avec une régularité mathématique aux mêmes heures et avec la même intensité.

L'opération eut lieu quatre mois après leur début, elles cessèrent immédiatement dès que l'utérus fut enlevé. La malade, revue plusieurs mois après l'opération a repris de l'embonpoint, et à aucun moment n'a eu la moindre sensation douloureuse ni dans la cuisse ni dans la fosse iliaque (1).

Ces douleurs qui, dans toutes les observations où elles sont signalées, ont ce double caractère : l'extrême violence et la périodicité, ont été signalées pour la première fois par Simpson Kœberlé, Godson, Lohlein, Polaillon, Coë, Kruckenberg, Weiss, etc., en ont rapporté des observations. Le moment de leur apparition et leur siège sont variables, du reste dans les observations elles ne sont que signalées ou succinctement décrites.

Leur pathogénie est discutée : Schrœder les attribue à des contractions de l'utérus pour l'expulsion de son contenu ; Bruyère les attribue aux tiraillements qu'exerce l'utérus sur les tissus voisins par péri-métrite et pelvi-péritonite.

Nous croyons qu'il est plus logique d'admettre, avec le professeur Pozzi qu'il s'agit de névrites, dont l'existence a été démontrée par Broca et Cornil (2).

---

(1) L'opération (hystérectomie abdominale totale) fut pratiquée le 23 novembre 1902. Nous avons pu revoir la malade pendant les vacances de Pâques (1904). Il n'y a pas trace de récidive, et la malade n'a plus éprouvé la moindre douleur.

(2) Nous rapportons dans notre travail sur le diagnostic et le traitement du cancer du corps de l'utérus (en collaboration avec M. le professeur A. Boursier) une observation de M. Boursier qui démontre bien que les douleurs paroxystiques intermittentes ne doivent pas être attribuées à des contractions de l'utérus pour l'expulsion de son con-

Contribution à l'étude du diagnostic et du traitement du cancer du corps de l'utérus. — *Communication au 41e Congrès des sociétés savantes*. Bordeaux, avril 1903 (En collaboration avec M. le professeur A. Boursier).

Dans ce travail, basé sur 65 observations, nous avons eu surtout en vue l'étude du diagnostic précoce du cancer du corps utérin. Ce diagnostic est exceptionnellement porté au début du mal ; lorsque le cancer du corps, en effet, se manifeste par des signes extérieurs, il existe déjà depuis un temps variable, quelquefois très long.

C'est de 40 à 70 ans qu'on observe le cancer du corps utérin. Sur 63 cas où l'âge est indiqué nous trouvons :

de 30 à 40 ans.	6 cas
— 40 à 50 —	17 —
— 50 à 60 —	25 —
— 60 à 70 —	14 —
Après 70 —	1 —

Les antécédents héréditaires, l'histoire des grossesses et des infections génitales ne peuvent aider au diagnostic.

L'*hémorragie* est le gros symptôme, c'est le symptôme du début (44 fois sur 61 cas). Mais parfois l'hémorragie est tardive et dans 2 cas elle s'est manifestée 20 jours et 15 jours

tenu, ainsi que le pensait *Schrœder*. La malade en effet qui, avant l'opération, présentait ce genre de douleurs depuis un an, fut subitement soulagée par l'hystérectomie. Mais quelques mois après son cancer récidiva dans la cicatrice et avec la récidive les douleurs revinrent avec l'intensité et la périodicité qu'elles présentaient primitivement.

avant que la malade se montrât au chirurgien, et dans ces 2 cas il existait dans l'utérus une tumeur volumineuse. Chez les femmes ayant passé la ménopause, l'hémorragie survient brusquement et spontanément, sans que rien puisse la faire prévoir ; et le plus habituellement l'hémorragie, une fois installée, demeure.

Chez les femmes encore réglées, ou au moment de leur ménopause, il survient d'abord des métrorragies, puis l'écoulement de sang vient entre les règles ; plus tard, l'hémorragie devient irrégulière, intermittente ou continue.

Le curettage modifie peu l'hémorragie du cancer du corps, après un temps variable, quelques semaines, quelques mois, l'hémorragie revient.

Enfin l'hémorragie est le symptôme le plus constant, elle ne manquait que dans 4 cas sur 65.

La *douleur* n'est notée que dans 27 observations sur 65. Cette proportion est-elle exacte ? Nous pensons que la douleur est un symptôme tardif et que dans bon nombre de cas l'hystérectomie a été pratiquée avant son apparition. 6 fois sur 65 la douleur a été le signe du début. Dans 6 autres cas la douleur et l'hémorragie sont survenues simultanément. Elle se présente avec une intensité variable, et siège soit dans la région utérine avec irradiations vers les lombes ou les cuisses, soit plus souvent, dans une fosse iliaque avec les mêmes irradiations. Une des formes les plus intéressantes est la forme paroxystique intermittente que nous avons étudiée ailleurs. Cette forme est pathognomonique, malheureusement très rare, 6 fois sur 65 cas.

Ecoulements. — Dans 8 observations le cancer du corps

a débuté par un écoulement aqueux, roussâtre, ou séro-purulent. La fétidité des écoulements indique un état déjà ancien du néoplasme.

Etat général. — L'examen de l'état général ne peut servir à l'établissement du diagnostic précoce. Au début, la femme est anémiée par les pertes de sang et cela, quelle que soit l'origine des hémorragies.

Examen physique. — Le corps utérin dans la plupart des cas présente le volume du poing, la consistance est variable ; parfois il a une certaine mollesse, qui constitue un bon signe quand on peut la constater (Demons). Parmi les symptômes physiques le plus important est le *toucher* intra-utérin. L'*hystéroscopie* ne semble pas avoir la faveur des chirurgiens. On a aussi demandé le diagnostic précoce à l'*électricité*. M. Boisseau du Rocher estime qu'il y a dégénérescence cancéreuse lorsque l'hémorragie utérine ne cède pas au traitement par l'oxy-chlorure d'argent électrolytique, que le muscle utérin ne répond plus à l'excitation électrique, enfin que la tige d'argent n'adhère plus à la muqueuse.

Nous pensons que si le traitement électrique arrête l'hémorragie il ne s'agit pas de cancer.

Enfin, en dernière analyse, le *curettage explorateur* suivi de l'examen histologique des produits, est le plus sûr des moyens d'investigation. Cependant le curettage est encore sujet à l'erreur, et nous rapportons plusieurs cas où l'examen histologique des débris du curettage, pratiqué même par des savants éminents, s'est trouvé en défaut.

Le plus souvent c'est avec la *métrite chronique* à forme

hémorragique et le *fibrome* que l'on aura à débattre la question du diagnostic. On a cru dans une observation à un avortement, à cause de la brusquerie et de l'abondance de l'hémorragie. Enfin le *sarcome* et le *déciduome malin* seront surtout reconnus par l'examen histologique,

On devra se rappeler que dans le cancer du corps utérin le curettage pratiqué contre les hémorragies ne les arrête qu'un temps toujours trop court. Au bout de quelques semaines, de deux mois, de trois mois, les hémorragies reviennent. Donc toute métrite hémorragique, traitée par le curettage, qui récidive au bout d'un temps aussi court doit être tenue pour suspecte, et un nouveau curettage doit être suivi d'un examen histologique bien fait.

L'hémorragie n'est pas non plus influencée par l'électricité. Ici le traitement électrique, quand on hésite entre un cancer du corps et un fibrome, peut faire diagnostiquer fibrome s'il est suivi de l'arrêt ou même de la diminution des métrorragies.

Enfin le curettage explorateur lui-même avec examen histologique des débris est un mode de diagnostic qui nécessite une grande connaissance de l'histologie pathologique. Il est indispensable d'étudier, non seulement le groupement, mais encore et surtout les caractères morphologiques des cellules elles-mêmes. Souvent on trouve plusieurs couches de cellules désorientées, desquamées, et même enchevétrées, et cependant le type caliciforme est conservé, la paroi de soutènement est plus ou moins appréciable, ce sont les cas douteux, l'adénome des Allemands. Et on ajoute : en transformation épithéliomateuse, lorsque les cellules rape-

tissées, cubiques, ont un noyau plus volumineux, plus riche en chromatine, avec des figures de division.

Au contraire, l'idée d'épithélioma s'impose, quand sur une coupe, au milieu d'un substratum conjonctivo-muqueux, on trouve des cavités irrégulières dans lesquelles sont accumulées des cellules polymorphes cylindriques, cubiques ou en raquette, avec noyaux bourgeonnants, figures de karyokinèse.... Mais alors le néoplasme est déjà ancien.

En résumé, le diagnostic du cancer du corps de l'utérus, au début, est un diagnostic toujours très délicat, surtout lorsque la femme est encore jeune, réglée, ou au moment de la ménopause.

Lorsque le diagnostic est incertain on devra donc lutter contre l'hémorragie par les moyens ordinaires, pansements utérins, électricité, curettages, etc., et dans de nombreuses observations l'hystérectomie n'a été pratiquée qu'après l'échec avéré de ces divers moyens, surtout après les curettages.

Si au contraire le diagnostic est certain, il n'y a qu'un traitement : l'ablation complète de l'utérus. Jusqu'à présent l'hystérectomie vaginale a été l'opération la plus pratiquée, et elle a donné des succès et des guérisons longtemps maintenues.

Cependant l'opération de choix nous paraît être l'hystérectomie abdominale totale. En effet, dans plusieurs observations il est dit que le chirurgien ayant commencé l'hystérectomie par le vagin a dû la terminer par la laparotomie, ce que Vitrac appelle « l'abdominale de nécessité »,l'utérus

s'étant déchiré au niveau de l'isthme, au cours des manœuvres d'abaissement.

Enfin si l'utérus est augmenté de volume, ce qui est la règle, l'hystérectomie vaginale nécessitera soit le morcellement, soit l'hémisection de l'organe ou de sa paroi antérieure, et l'on comprend alors quel danger de greffe cancéreuse présente une pareille pratique.

Cancer primitif du corps de l'utérus.— *Société de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pædiatrie de Bordeaux*, 24 juin 1902.

Cancer primitif de la trompe utérine. — *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, mars-avril 1901 (En collaboration avec M. le professeur A. Boursier).

Le cancer primitif de la trompe utérine est très rare puisque, aux 29 observations d'épithélioma primitif réunis dans la thèse de Danel, nous avons pu ajouter trois autres cas, ceux de Friedenheim, de Fabricius et le nôtre, dont voici un court résumé :

Femme de 45 ans, IV pare, sans passé génital. Ménopause à 42 ans, date du début de sa maladie ; douleurs dans la fosse iliaque droite, lancinantes, réveillées surtout par la fatigue. Puis hydrorrhée, qui ne tarde pas à devenir continue, liquide tantôt clair, tantôt roussâtre ; enfin parfois du sang pur. A l'examen physique : tumeur du volume d'une petite tête de fœtus qu'il est difficile de séparer de l'utérus. Du reste l'embonpoint de la malade rend cet examen très obscur.



Fig. 1.

Diagnostic : fibrome utérin.

Laparotomie : la tumeur est contenue dans la trompe droite. Ablation.

Examen de la pièce. — La trompe saine dans sa partie interne, se renfle brusquement formant poche ouverte dans

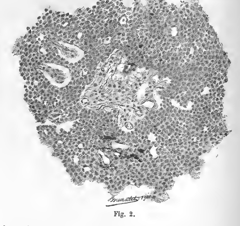


Fig. 2.

la cavité utérine, fermée du côté de l'abdomen. *Contenu :* liquide roussâtre et abondantes végétations.

Examen microscopique. — Epithélioma arborescent. Guérison.

De l'étude des observations publiées il ressort que c'est

de 40 à 60, et plus particulièrement de 45 à 50 ans qu'on rencontre le cancer primitif de la trompe.

La *ménopause*, les *troubles menstruels* ne paraissent avoir aucun rapport avec son évolution. On a signalé dans son étiologie, la *stérilité* (7 fois sur 24 cas, Alban Doran). Mais cette stérilité paraît plutôt dépendre de l'*infection* tubaire qui est fréquemment notée dans les observations.

Sanger et Barth admettent comme constant que le cancer primitif se développe sur une trompe anciennement enflammée et dont la suppuration est éteinte depuis longtemps. D'après Alban Doran l'infection déterminerait l'évolution d'un papillome bénin qui se transformerait en épithélioma. L'infection serait ainsi la cause indirecte du cancer. Bland Sutton a édifié la théorie des *adénomes* tubaires, d'origine inflammatoire, susceptibles de se transformer en *adéno-carcinomes*. Mais ce rôle de l'infection ne nous paraît pas aussi nécessaire que l'admettent ces auteurs. Il est des observations, dont la nôtre, dans lesquelles les malades n'ont jamais présenté de signes d'infection, ni du côté de l'utérus ni du côté des annexes.

La *forme* de la trompe cancéreuse est plus ou moins arrondie ; son *volume* variable peut devenir énorme, et est surtout dû à la quantité de liquide accumulé dans la poche. La tumeur, plus ou moins adhérente aux parties voisines, peut être partiellement incluse dans le ligament large.

La poche ouverte on découvre le néoplasme baignant dans un liquide sanguinolent, exceptionnellement purulent. L'orifice abdominal de la trompe est ordinairement oblitéré, au contraire l'orifice utérin, l'ostium uterinum, est

habituellement ouvert. Mais on peut observer l'oblitération des deux orifices (tumeur kystique) ou la perméabilité de l'ostium abdominale (poche se vidant dans la cavité péritonéale). Enfin l'oblitération de l'orifice utérin peut être intermittente (poche alternativement pleine et vide).

Le néoplasme est *nodulaire* ou *diffus*, et se présente sous la forme *végétante*

La *symptomatologie* n'a rien de caractéristique Lorsque les malades se sont présentées au chirurgien le début remontait à une époque plus ou moins éloignée. Il datait de 3 ans dans notre observation, de 3 ans dans un cas d'Alban Doran, de 4 ans (Kaltenbach). D'autres fois on note une marche beaucoup plus rapide : 2 mois (Tuffier), 4 mois (Cullingworth et Shattock), 14 jours (Watkins).

Des douleurs hypogastriques et des écoulements séreux ou séro-sanguinolents sont les premiers signes habituels. Ces écoulements vaginaux peuvent être continus, intermittents ou peuvent faire défaut. Si, en même temps que l'écoulement se produit, les accès douloureux s'apaisent et la tumeur diminue, ce signe présente une certaine valeur, il indique qu'une poche tubaire se vide (*hydrops tubæ profluens*).

Les autres symptômes sont communs à toutes les tumeurs abdominales. L'*ascite* peut reconnaître comme mécanisme l'épanchement dans le péritoine du liquide salpingien par l'orifice abdominal perméable.

Enfin les *signes physiques* n'ont rien de caractéristique et il nous paraît bien difficile d'apprécier la forme en « saucisse » ou en « ocarina » que l'on a donnée comme pathognomonique.

Enfin les troubles de l'*état général*, amaigrissement, perte des forces, etc., surviennent tardivement et sont peu utilisables pour le diagnostic précoce.

Du reste, jusqu'à présent, ce diagnostic n'a jamais été fait cliniquement.

Quant au pronostic, c'est celui du cancer en général. La malade de Tuffier était bien portante un an après l'opération; celle de Fearre, 19 mois après.

L'extirpation aussi précoce que possible par la voie abdominale est la seule méthode de traitement.

Cancer primitif de la trompe utérine. — *Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux*, 20 février 1903 (En collaboration avec M. le professeur A. Boursier).

La malade qui fait le sujet du travail paru dans la *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, mars-avril 1901, est venue mourir à l'hôpital et nous avons ainsi pu faire son autopsie. Ce sont les détails de cette autopsie que nous rapportons à la Société de médecine. Mais nous avons pu aussi apprendre ce qui s'était passé depuis l'opération. La malade, opérée le 7 mars 1900, guérit rapidement de son opération et put très vite reprendre ses pénibles occupations. Elle resta en parfaite santé jusqu'au mois de novembre 1901, époque à laquelle elle éprouva quelques troubles digestifs, constipation suivie de diarrhée. En même temps ses forces commençaient à diminuer et elle sentait quelque chose de gros dans le ventre. Elle mourut au mois d'octobre 1902 de cachexie. A l'autopsie, tous les organes contenus dans le bassin sont envahis par le néoplasme.

Si, comme son observation permet de le supposer, son affection remonte à l'époque de sa ménopause, cette malade a vécu cinq ans après le début de son cancer de la trompe. La survie post-opératoire a été de 31 mois, avec absence de réeidive et santé parfaite pendant 10 mois. La mort est survenue 11 mois après la réeidive.

Fibrome de l'utérus. — *Société de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pædiatrie de Bordeaux*, 27 mai 1902 (En collaboration avec M. Méline).

Cas de gros fibrome utérin ayant évolué sans déterminer de métrorragies. Les ovaires étaient augmentés de volume, fibromateux.

Sur un cas de prolapsus primitif et isolé de la paroi vaginale postérieure. — *Société de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pædiatrie de Bordeaux*, 24 mars 1903 (En collaboration avec M. Roche).

Rétroflexion utérine. Large bride fibreuse sur la face postérieure de l'utérus.— *Société de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pædiatrie de Bordeaux*, 28 avril 1903.

Femme de 30 ans, n'ayant jamais eu de grossesse. Mais ayant présenté depuis l'âge de 23 ans des symptômes d'infection utéro-annexielle, et atteinte d'une rétroflexion utérine pour laquelle on avait tenté inutilement de nombreux traitements. Laparotomie : Trompes saines, ovaires très seléreux, petits, ratatinés. Adhérenees molles dans le cul-de-sac de Douglas. L'utérus est renversé en arrière et rétro-

fléchi. Nous constatons alors, sur la face postérieure de l'utérus, l'existence d'une bride fibreuse verticale, large de 1 centimètre environ, très résistante et maintenant la flexion à la manière d'un véritable ligament. Cette bandelette-ligament, sectionnée d'un coup de ciseaux, nous pouvons alors redresser complètement l'utérus et terminer l'opération par une hystéropexie.

Ce cas est intéressant par la disposition anatomo-pathologique, impossible à diagnostiquer et que seule la laparotomie pouvait corriger.

Fibrome primitif du ligament large. — *Société de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pædiatrie*, 9 juin 1903 (En collaboration avec M. le professeur A. Boursier).

L'observation rapportée dans ce travail concerne une femme de 37 ans qui présentait comme signes fonctionnels : des douleurs dans la fosse iliaque gauche, des règles régulières mais abondantes, avec caillots nombreux ; et comme signes physiques : une tumeur abdominale lisse, arrondie, du volume d'une orange, mobile transversalement et dont la partie inférieure plonge dans la cavité pelvienne. Cette tumeur paraît faire corps avec l'utérus qu'elle refoule à droite. Diagnostic. fibrome utérin, très probablement intraligamentaire.

L'intervention montra que le fibrome, inclus dans le ligament large gauche, était dépourvu de pédicule utérin et complètement libre entre les deux feuillets du ligament large. Ablation de la tumeur ; hémostase ; résection et large suture en surjet des feuillets du ligament large. De

plus, l'utérus était porteur d'un certain nombre de petits noyaux fibromateux qui furent énucléés. Suites opératoires simples. Guérison.

Il s'agissait donc d'un fibrome primitif du ligament large, aujourd'hui bien connu, mais cependant relativement peu fréquent. Leur histoire a été faite par Sanger, Bilfinger, Gross, Lang, Vautrin. Enfin récemment a paru sur la question la thèse de Stroheker. Ces fibromes naissent surtout à la partie latérale et interne du ligament large, au voisinage de l'utérus

Le cas que nous apportons est un nouvel exemple de cette localisation.

Leur diagnostic est toujours très difficile. Dernièrement M. Demons a fait à ce sujet une très intéressante étude. Le plus souvent ces tumeurs sont prises pour des tumeurs solides de l'ovaire ou pour des kystes inclus dans le ligament large, ou surtout pour des fibromes utérins.

Un point de diagnostic sur lequel sont muets tous les auteurs est relatif à la coexistence des fibromes utérins. Or cette coexistence est fréquente, elle existait 26 fois sur 42 cas dans la statistique de Stroheker. Ce diagnostic est extrêmement difficile, surtout lorsque, comme chez notre malade, il n'y a pas indépendance clinique de la tumeur et de l'utérus.

Abcès primitif de l'ovaire ouvert dans le rectum. — *Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux,* 3 août 1903 (En collaboration avec M. Roche).

Femme de 48 ans. A l'autopsie on trouve un utérus petit, les annexes droites saines. A gauche, la trompe, saine

à son origine, se perd dans la paroi d'une vaste cavité purulente remplissant tout le Douglas et séparée du péritoine par un rideau d'adhérences très minces. Cette cavité communique largement avec le rectum. On ne trouve plus trace de l'ovaire gauche. Il doit s'agir là d'un ancien foyer d'ovarite dont la virulence s'est tardivement réveillée.

Hématocèle intra-péritonéale par rupture d'un kyste hématique de l'ovaire. — *Journal de Médecine de Bordeaux*, 15 novembre 1903.

La malade qui fait le sujet de cette observation, âgée de 24 ans, réglée à 17 ans et depuis toujours irrégulièrement, a eu deux grossesses à 20 et 22 ans.

Au mois d'avril 1901 les règles ne paraissent pas.

Le 9 mai 1902, métrorragie abondante accompagnée de douleurs abdominales très vives, siégeant surtout dans la fosse iliaque droite. La malade continue à perdre du sang jusqu'à la fin du mois. Elle entre à l'hôpital le 3 juin 1902.

A ce moment on sent une masse du volume du poing, séparée du fond utérin, siégeant dans la fosse iliaque droite. Col gros, mou ; utérus volumineux, seins seraient plus gros depuis quelque temps, et la malade accuse des troubles gastriques semblables à ceux des grossesses précédentes.

Diagnostic. — Grossesse tubaire.

Laparotomie. — Il s'écoule environ 1/3 de litre d'un sang fluide et noirâtre. L'ovaire droit est volumineux et forme une poche largement déchirée. L'ouverture est encombrée de caillots. Ablation des annexes droites.

L'ovaire extrait a le volume d'un gros œuf de poule. Il

est creusé d'une cavité largement ouverte, la perte de substance et la cavité sont comblées de caillots anciens. Le reste de l'ovaire est bourré de micro-kystes.

Au microscope. — La paroi du kyste hématique est représentée par des stratifications de pigment et de globules sanguins enchâssés dans des couches de cellules fusiformes et lymphocytoïdes. Dans le parenchyme, on trouve par endroit des capillaires sanguins en telle abondance qu'ils forment de véritables foyers angiomateux. Nulle part on ne trouve de villosités choriales.

Il s'agit donc d'un kyste sanguin développé en plein tissu ovarique, sans qu'il soit possible de déterminer exactement le siège véritable du kyste. Il est permis de supposer, étant donnée l'importance de ces foyers angiomateux, que le kyste sanguin est un hématome.

Les hématocèles par rupture de kystes sanguins des ovaires sont très rares et très rarement abondantes.

Cependant, parfois l'hémorragie a été telle qu'elle a déterminé la mort, et Cestan rapporte 18 décès survenus à la suite de ces hémorragies ovariennes.

Prolapsus génital au 3e degré. Laparotomie. Ablation d'un double hydrosalpinx. Hystéropexie et réfection vagino-périnéale. Guérison. — *Société de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pædiatrie de Bordeaux.*

Réfection de la paroi postérieure du vagin dans les prolapsus génitaux. — In thèse Pradel, Bordeaux, 1903.

ORGANES GÉNITO-URINAIRES

Gangrène du scrotum et large fistule urétrale. Réfection de l'urètre. Guérison. — *Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux*, 6 mars 1903.

Il s'agit d'un homme de 40 ans, atteint à 21 ans d'une blennorragie qui dura quatre ou cinq mois. Trois ans après sa blennorragie il commença à ressentir quelques troubles de la miction et une diminution de calibre du jet d'urine.

En juin 1902, rétention aiguë d'urine. Après des efforts inutiles de cathétérisme son médecin fait une ponction hypogastrique de la vessie et y place une sonde à demeure. 48 heures après cette intervention survient un volumineux phlegmon du périnée et des bourses, à la suite duquel le scrotum nécrosé est éliminé, laissant les testicules complètement disséqués, l'urèthre périnéal largement ouvert. C'est dans cet état que le malade entre à l'hôpital Saint-André, avec un état général très mauvais.

Au bout de trois semaines d'un traitement approprié les testicules sont recouverts, la fistule hypogastrique est tarie, la température qui tous les soirs montait au-dessus de 38°4 s'abaisse progressivement jusqu'à la normale, l'état général s'améliore.

Nous avons alors pratiqué chez ce malade une suture de l'urètre bout à bout. Le bout postérieur est facilement dé-

couvert dans l'angle inférieur de l'incision, il est séparé de l'antérieur par un intervalle de deux centimètres. Suture complète de l'urètre autour d'une sonde en gomme n° 17 et suture des tissus péri-urétraux au devant de l'urèthre.

Les suites opératoires furent très simples. Lorsque la sonde est enlevée le malade urine largement par son urètre, quelques gouttes d'urine filtrent cependant par le périnée. Mais cette petite fistule se tarit rapidement. Cathétérisme répété tous les deux jours ; et quand le malade quitte l'hôpital son canal admet librement une sonde n° 23.

Phlegmon périnéphrétique et abcès de la rate. — *Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux*, 17 août 1903.

Une femme ayant subi, trois mois avant, une hystérectomie abdominale totale pour fibrome utérin, vint mourir à l'hôpital, quelques heures après son entrée sans que nous ayons pu l'examiner. Elle présentait une tuméfaction fluctuante, grosse comme une petite mandarine, dans la partie inférieure et postérieure gauche du thorax. Nous apprîmes qu'après l'hystérectomie il survint une fistule urinaire qui se tarit, paraît-il spontanément.

A l'autopsie, nous découvrîmes un phlegmon périnéphrétique situé à la partie tout à fait supérieure du rein, un abcès de la rate gros comme un œuf de poule, enfin le pus s'était frayé un chemin à travers le diaphragme, la plèvre et un espace intercostal et venait former une collection sous la peau. Le rein était légèrement augmenté de volume et atteint d'uro-pyonéphrose. La vessie était pleine d'urine purulente. Il est probable que chez cette femme il y a eu

infection ascendante à la faveur d'une lésion vésicale d'origine opératoire.

Tuberculose à marche rapide de l'épididyme. Castration. Guérison. — *Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux*, 31 juillet 1903.

Cette observation concerne un sujet de 54 ans, sans antécédents héréditaires. En 1870 il reçut une balle dans le flanc, et sa blessure nécessita un séjour de très longue durée dans un hôpital. Pendant ce temps il vit survenir sans cause, sans écoulement ni contusion, une tuméfaction du testicule droit. Cette tuméfaction indolore disparut au bout de quelques jours, laissant comme trace de son passage une petite induration grosse comme un pois au niveau du corps de l'épididyme. Jusqu'au mois de février 1903 le malade conserva une bonne santé et ne fut jamais incommodé par sa nodosité épididymaire. A cette époque il eut une attaque d'influenza au cours de laquelle son testicule se tuméfia. Le 18 avril 1903 il entrait à l'hôpital avec un volumineux abcès de l'épididyme. Nous portâmes le diagnostic de tuberculose et pratiquâmes la castration. La prostate et les vésicules séminales paraissaient saines. Le malade quitta l'hôpital un mois et demi après l'opération. Nous avons publié cette observation parce qu'elle démontre bien l'influence que peut avoir sur un vieux foyer tuberculeux, qui paraît éteint, une infection banale comme l'influenza.

Tuberculose cutanée de la verge. — *Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux*, 14 décembre 1900.

Il s'agit d'un cas intéressant de tuberculose survenue au niveau d'un foyer traumatique (coup de bêche sur la verge). Les lésions ont marché avec une très grande rapidité et de vastes ulcérations survinrent sur la verge et le scrotum. Enormes ganglions inguinaux et pelviens. Le malade succomba, mais nous ne pûmes faire son autopsie.

Hématome du cordon consécutif à une cure radicale de hernie inguinale. — *Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux*, 6 juillet 1903.

CHIRURGIE INFANTILE

Malformation du rectum. — *Revue de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pædiatrie de Bordeaux*, avril 1902.

Nous rapportons cette observation à titre de curiosité. Il s'agit d'un enfant ayant une imperforation ano-rectale, que l'on apporta à l'hôpital des Enfants le 29 septembre 1899 à 6 heures du soir. En raison de l'éclairage insuffisant de la salle d'opération nous nous décidâmes à pratiquer séance tenant un anus iliaque, et l'enfant fut endormi au chloroforme. Après l'opération il se mit à téter. Quinze jours après nous allâmes à la recherche de son rectum que nous trouvâmes très haut situé au niveau du promontoire. Le rectum fut abaissé, le sphincter recousu; l'opération eut lieu sous chloroforme et dura une heure.

Quinze jours après cette seconde opération l'enfant, vivant au milieu de cinq frères et sœurs, contracta une bronchite qui dura un mois. Après sa bronchite troisième intervention, tentative d'entérorraphie, toujours sous chloroforme. Cette tentative échoua.

Peu de temps après un de ses petits frères lui rapporta de l'école une conjonctivite purulente qui guérit rapidement. Quelques jours après la coqueluche éclate dans la chambrée, notre petit bonhomme n'échappe pas à la contagion. Elle se complique chez lui d'une broncho-pneumonie

très grave, dont il finit cependant par guérir. Je fis ensuite successivement pour fermer son anus iliaque trois entérotomies, mais dans l'intervalle desquelles l'enfant eu un érysipèle de la face avec adénite suppurée angulo-maxillaire.

Après la 3e entérotomie l'anus iliaque très rétréci, ne laissant plus passer de matières, allait se fermer, lorsque la mère n'ayant plus de lait, lui fit prendre du lait qui traînait dans la chambre. Nous étions alors au mois d'août 1900 et tout de suite survint une gastro-entérite qui l'emporta en trois jours.

En résumé : une laparotomie avec création d'anus iliaque, une longue opération sur le périnée, une entérorraphie (ces trois opérations avec anesthésie chloroformique). trois entérotomies, une conjonctivite purulente, une adénite cervicale suppurée et incisée, voilà le côté chirurgical de l'histoire de notre petit malade.

Comme côté médical : bronchite, coqueluche avec broncho-pneumonie enfin gastro-entérite mortelle. Tout cela en 10 mois. Cette simple énumération dispense de tout commentaire.

Ostéomyélite du fémur. Large trépanation. Guérison par première intention. — *Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux*, 4 juin 1897.

Cette observation concerne un jeune garçon de 14 ans, qui fut conduit à l'hôpital des Enfants le 7 décembre 1896 avec une ostéomyélite du fémur dont le début remontait au 23 octobre. Le périoste incisé il s'écoule une grande quantité de pus. Neuf couronnes de trépan furent appliquées sur l'os. Pus dans le canal médullaire. L'enfant quitta l'hô-

pital le 22 février, la guérison était complète, sans trajet fistuleux. Cet enfant revint se montrer à la consultation en mai 1897 ; sa guérison s'est maintenue parfaite et la radiographie du fémur montre que l'os est très peu augmenté de volume. Les fonctions du membre s'accomplissent sans difficulté. Cette guérison par première intention, sans séquestration, est exceptionnelle et dans tous les cas ne peut être obtenue que par une large intervention (1).

Ostéomyélite de l'extrémité du fémur. — In thèse Bernard. Bordeaux, 1897.

Pied-bot valgus paralytique. Arthrodèse médio-tarsienne. — *Société de médecine de Bordeaux*, novembre 1893.

Pied-bot valgus paralytique. — In thèse Blin, Bordeaux, 1894.

Monstre hétéradelphe. — *Société de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pædiatrie de Bordeaux*, mai 1898.

Anévrysme poplité chez un enfant. — In thèse Lebeuf, Bordeaux, 1898

Il s'agit d'un garçon de 11 ans, bien portant, qui en faisant

(1) Conclusion de M. le professeur Piéchaud dans la discussion qui suivit cette observation.

un effort violent pour soulever un pot de fleur ressentit une brusque douleur dans la région poplitée gauche, en même temps il y découvrit une petite tuméfaction.

Son maître de gymnastique y pratiqua plusieurs massages énergiques, sous l'influence desquels la tuméfaction augmenta de volume. Un médecin fut alors mandé qui conseilla le transport de l'enfant à l'hôpital.

A son entrée à l'hôpital on constate un anévrysme circonscrit de l'artère poplitée du volume d'une mandarine environ.

M. le professeur Piéchaud se contenta de lier l'artère fémorale dans le canal de Hunter. L'enfant guérit très simplement de l'opération et de l'anévrysme.

Arthrodèse du genou. — *Société de médecine de Bordeaux*, 18 novembre 1898.

Luxation congénitale de la hanche. — *Société de médecine de Bordeaux*, novembre 1898.

Corps étranger de l'œsophage chez un enfant. — *Société de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie de Bordeaux*, 27 mai 1902.

ABDOMEN

Infections péritonéales bénignes post-opératoires. — *Journal de médecine de Bordeaux*, 1904.

Auché et Chavannaz ont démontré en 1899 que dans presque toutes les laparotomies le péritoine était infecté au cours de l'opération ; que le staphylocoque blanc était l'agent ordinaire de cette infection bénigne qui n'empêchait pas les laparotomies de guérir normalement. Pour démontrer ces faits, les auteurs recueillaient à la fin de l'opération, à l'aide d'une pipette stérilisée, les liquides contenus dans le péritoine, les ensemençaient et les inoculaient.

Nous avons cherché dans ce travail ce que devenaient ces microbes, enfermés dans le péritoine après l'opération et nous nous sommes servi pour cette recherche de drains de caoutchouc armés d'une mèche de gaze aseptique, mèche de gaze qui pénètre à frottement à cinq centimètres environ dans l'intérieur du tube et qui ressort à peu près de deux centimètres. Cette mèche est cousue dans le drain, le tout stérilisé à l'autoclave. L'extrémité armée du drain est destinée à être placée dans le cul-de-sac de Douglas.

Après chaque laparotomie nous avons ainsi introduit deux tubes dans le péritoine. De ces deux tubes l'un était enlevé 24 ou 48 heures après l'opération, l'autre au 4e ou au 5e jour. Le drain étant retiré, son extrémité interne seule,

contenant la mèche de gaze est recueillie dans un flacon aseptique et soumise à l'examen histo-bactériologique.

Nos recherches ont porté sur quatre laparotomies. Dans tous les cas il s'agissait de lésions aseptiques et l'opération était faite avec toutes les précautions d'extrême propreté : nettoyage des mains au savon, à l'alcool absolu, au cyanure de mercure, teinture d'iode fraîche dans les ongles. Nous ne nous servions que d'un aide ; il était interdit de parler pendant l'opération ; enfin les opérations étaient exécutées rapidement.

Voici le très court résumé de ces observations et de l'examen histo-bactériologique :

Obs. I. — Laparotomie pour annexite ; ablation de la trompe et de l'ovaire droits, ablation de la trompe gauche (hydrosalpinx). L'ovaire gauche micro-kystique est laissé en place après igni-puncture. Destruction de quelques adhérences. Deux drains armés sont placés dans le cul-de-sac de Douglas. Suture de la paroi à trois étages. Suites opératoires très simples. La température la plus élevée a été 37°6 ; le pouls le plus fréquent a été 88. Facies bon, langue humide, urines normales, pas de ballonnement.

Examen bactériologique. — Les deux tubes sont enlevés, l'un 24 heures, l'autre 5 jours après l'opération. Les cultures faites sur bouillon et sur gélose ont donné du staphylocoque blanc.

Obs. II. — Laparotomie pour lésions annexielles doubles refroidies. A droite, ablation de la trompe et de l'ovaire ; à gauche, ovaire micro-kystique : igni-puncture.

Deux drains armés de gaze stérilisée sont placés dans le cul-de-sac de Douglas. Suture de la paroi.

Suites opératoires. *Température*, les deux premiers jours : 36°8. 36°4. 37°8. Du 3e au 7e jour la température redevient normale.

Le *pouls* : 120 le soir de l'opération, monte à 140 le lendemain soir, 144 le 2e jour et varie de 104 à 140 jusqu'au 7e jour. Dès le 8e jour il tombe à 88 et redevient normal les jours suivants.

La *langue* est humide et propre ; pas de *vomissements*, pas de *ballonnement* du ventre. *Ictère* léger et passager. Cicatrisation par première intention. Etat général excellent.

Les drains sont enlevés : le premier 48 heures après l'opération, le second 96 heures après.

L'examen direct du liquide de la mèche donne les résultats suivants : très nombreux globules blancs, surtout des polynucléés. Pas de bactéries apparentes.

Cultures : sur bouillon. Culture pure de staphylocoques sur gélose : 30 colonies de staphylocoques blancs.

Deuxième tube, examen direct : très nombreux globules blancs, surtout des polynucléés, pas de microbes.

Cultures, avec le liquide de la mèche sur bouillon et sur gélose restent *stériles*.

Obs. III. — Laparotomie pour lésions annexielles anciennes. Ablation des annexes. Drains armés, fermeture du ventre.

Suites opératoires, température : 38°2 et 38 le soir des deux premiers jours. Les autres températures oscillent entre 37°2 et 37°8.

Pouls, bien frappé. Le soir de l'opération 84 ; le lendemain 100 et 140 ; les jours suivants, oscille entre 88 et 104. A partir du 6e jour, pouls 80-90.

Langue, humide. *Vomissements* le soir de l'opération ; pas de vomissements les jours suivants ; pas de *ballonnement* du ventre, pas de *douleurs* abdominales ; bon *facies*.

La malade guérie quitte l'hôpital trois semaines après l'opération.

Les drains sont enlevés, l'un 48 heures, l'autre 4 jours après l'opération.

Première mèche, examen direct : nombreux polynucléés. Pas de microbes.

Cultures pures de staphylocoques.

Deuxième mèche, examen direct : très nombreux polynucléés, pas de microbes.

Cultures : staphylocoque blanc. Un tube de gélose ensemencé avec 3 gouttes de liquide donne *une seule colonie.*

Obs. IV. — Laparotomie pour kyste ovarique. Opération courte, anesthésie sans incidents, et cependant shock opératoire.

La malade ramenée dans son lit est pâle, le pouls est très petit. Réveil long.

Suites opératoires, température : 37°9 le soir de l'opération. 37°8-38°1 le lendemain, 37°4-37°8 le 2e jour, puis la température devient normale et varie entre 36°8 et 37°4.

Pouls, 112 le soir de l'opération, 132-136 le lendemain, puis 120, 112, 90, 100. Le 4e jour il est à 88-96 puis tombe à 84 et enfin oscille entre 70-80.

Vomissements le lendemain de l'opération, deux vomissements verdâtres ; un vomissement le 2e jour.

La *langue* est humide, pas de *hoquet* ; pas de *ballonnement* ni de *douleurs* du ventre, *facies* bon. Culs-de-sac souples, ni empâtés ni douloureux au toucher. Guérison par première intention.

Examen histo-bactériologique. — Première mèche enlevée 48 heures après l'opération. *Examen direct*, polynucléés et mononucléés. Quelques micrococques.

Cultures : Staphylocoques blancs.

Deuxième mèche enlevée cinq jours après. Nombreux polynucléés. Nombreux staphylocoques blancs.

Dans ces observations nous relevons la présence constante de *staphylocoque blanc* pur, et d'une manière générale abondance plus grande de globules blancs, et surtout de polynucléés, dans les seconds tubes que dans les premiers.

Dans un cas, disparition de tout microbe au bout de quatre jours ; dans un cas diminution totale des microbes au

quatrième jour, enfin dans un cas, augmentation notable des microbes dans la seconde mèche.

Il résulte de ces faits qu'il persiste dans le péritoine, plusieurs jours après l'opération, des micro-organismes, et que ces micro-organismes ont déterminé une diapédèse intense. Mais il résulte aussi de ces faits que ces infections post-opératoires sont absolument bénignes puisqu'elles n'ont pas retardé la guérison et que les malades ont quitté l'hôpital dans le temps normal. Cette bénignité tient à plusieurs causes, mais surtout à la *nature* des microbes et à leur très faible virulence. Les péritonites à staphylocoques sont de beaucoup les moins graves, les faits cliniques le montrent surabondamment. De plus, on a pu expérimentalement introduire des cultures de staphylocoques dans le péritoine d'animaux, sans déterminer de péritonite (Grawitz, Reichel, etc.) à condition que le péritoine fût sain.

Chez nos opérées la présence des staphylocoques dans le péritoine s'est-elle manifestée cliniquement ?

L'étude de la température est intéressante à faire. Elle montre que la malade dont les températures furent le plus élevées, celle de l'observation II, est justement celle qui le quatrième jour n'avait plus de microbes dans le péritoine Au contraire la malade de l'observation IV qui eut les cultures les plus chargées, eut des températures normales. Il en est de même du *pouls*. La même malade qui au quatrième jour n'avait plus de microbes eut jusqu'à 144 pulsations, le sixième jour elle en avait encore I32.

Nous avons pu observer une jeune femme, opérée d'un gros hydrosalpinx, qui pendant les cinq premiers jours eut jusqu'à 160 pulsations, avec des vomissements verts et du

délire. Mais sa langue était humide, son facies restait bon, son ventre n'était ni ballonné, ni douloureux. Or cette même malade quelques jours avant l'opération avait été examinée sous chloroforme, et pendant les deux jours qui suivirent cette anesthésie présenta les mêmes symptômes : vomissements, délire et pouls entre 120 et 160.

Ces symptômes au contraire présentent la plus haute gravité lorsqu'ils sont accompagnés d'autres signes : langue sale, facies grippé, ballonnement du ventre, agitation, etc.

Rétrécissement syphilitique du rectum. — *Société d'anatomie de Bordeaux*, mai 1892.

Sur un cas d'appendicite. — *Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux*, 1er décembre 1899.

Fillette de 12 ans que nous avons opérée d'urgence à l'hôpital des Enfants, trois jours après le début de son appendicite. Incision et drainage. Guérison très rapide. Deux mois après, l'enfant étant en parfaite santé, nous proposons la résection de l'appendice qui au moment de la première opération était perdu au milieu des fausses membranes. L'opération fut très simple, il y avait très peu d'adhérences molles et saignant peu.

Cette observation montre avec quelle rapidité peuvent se résorber de grosses et solides adhérences péritonéales.

Hernie du cæcum et de l'appendice avec épiploïte. — *Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux*, 29 avril 1901.

Homme de 50 ans, porteur d'une hernie inguinale depuis dix ans. Depuis un an cette hernie devenait douloureuse, augmentait de volume et était irréductible. Au moment de l'opération elle était grosse comme les deux poings. En l'examinant on trouvait au milieu de sa masse une tumeur arrondie, du volume d'un œuf environ, douloureuse à la pression, que nous pensâmes être un noyau d'épiploïte.

L'opération montra qu'il s'agissait d'une hernie du cæcum et de l'appendice, et que la tumeur inflammatoire et douloureuse que l'on percevait était bien un gros noyau d'épiploïte. La portion de la tumeur épiploïque et la portion du sac, qui étaient en contact, présentaient un épaississement cartilagineux, blanc nacré.

Sur un cas de récidive post-opératoire de hernie inguinale. — *Journal de médecine de Bordeaux*, 15 février 1903.

Chez les sujets robustes, à paroi abdominale résistante et bien musclée, la hernie inguinale, dans la grande majorité des cas, sinon dans tous les cas, se produit à la faveur de la persistance de la totalité ou d'une partie du conduit vagino-péritonéal. Le point capital dans la cure opératoire d'une hernie inguinale est l'ablation compléte du conduit vagino-péritonéal ou de ce qui reste du conduit vagino-péritonéal.

Dans cette observation, le malade avait vu revenir sa hernie peu de temps aprés l'acte opératoire. En opérant la réci-

dive nous avons trouvé avec surprise un conduit vagino-péritonéal tout entier, intact, que nous avons enlevé sans peine On ne peut donc pas dire qu'il s'agissait ici d'une récidive, puisque le temps capital de l'opération n'avait pas été exécuté.

Fibrome de la paroi abdominale à marche rapide. — *Journal de médecine de Bordeaux*, 21 juin 1903.

Dans cette observation il s'agit d'une tumeur de la paroi abdominale, du volume du poing, survenue chez une jeune femme de 21 ans immédiatement après un effort violent. Le traumatisme détermina dans la paroi un craquement et une douleur très vive ; en ce point apparut une petite tuméfaction grosse comme une noisette.

Deux mois après, à la suite d'un second effort pour charger des bagages, la tumeur, jusque là stationnaire et indolore , s'accrut brusquement et, un mois et demi après, elle atteignit le volume du poing.

La tumeur enlevée est examinée au laboratoire des cliniques ; il s'agissait d'un fibrome pur.

Lipomes pré-herniaires. — *Société d'anatomie de Bordeaux*, 17 août 1903.

Calcul stercoral appendiculaire. — *Société d'anatomie de Bordeaux*. — 17 août 1903.

Myélome des gaines tendineuses à point de départ osseux.

Revue de chirurgie, 16 mars 1898.

Sous le nom de myélomes ou de tumeurs à myéloplaxes les auteurs décrivent des néoplasmes dont les caractères distinctifs sont, en outre de la présence des myéloplaxes : 1° la tendance à faire du tissu conjonctif ; 2° l'existence dans leur tissu de vaisseaux à parois fibreuses ; 3° la bénignité.

Heurtaux a décrit des myélomes des gaines tendineuses des doigts ne paraissant avoir aucun rapport avec le squelette.

L'observation que nous rapportons dans ce travail nous paraît unique ; nous n'avons pas trouvé, en effet, malgré nos recherches, d'autres myélomes des orteils. Mais, de plus, la disposition de la tumeur était toute particulière. A première vue, la tumeur appartenait à cette variété décrite par Heurtaux sous le nom de myélome des gaines tendineuses et observée jusqu'ici uniquement aux doigts. Or par une dissection attentive nous avons constaté que cette tumeur présentait deux prolongements partant de sa face dorsale. Ces prolongements, extrêmement ténus, arrondis, véritables pédicules s'enfoncent, l'un, postérieur, entre le tendon long fléchisseur et le tendon court fléchisseur et se termine

par une extrémité aplatie, libre, non adhérente aux tendons. De ce prolongement part un diverticule qui pénètre en refoulant la synoviale dans l'articulation de la phalangine et de la phalangette.

L'autre, le prolongement antérieur plus long et plus important pénètre directement dans la phalangette dont la partie centrale est complètement envahie par le néoplasme.

La structure de cette tumeur endostale est absolument identique à celle de la tumeur principale. Au point de vue histologique, il s'agit d'une tumeur dont le substratum conjonctif est pour ainsi dire injecté de cellules en voie de multiplication. Ces nids cellulaires sont parsemés de myé-



Schéma montrant les rapports de la tumeur avec le squelette et ses trois prolongements : *a*, dans la phalangette ; *b*, dans l'articulation phalangino-phalangettienne ; *c*, prolongement inter-tendineux.

loplaxes. La nutrition de la tumeur est mal assurée par un petit nombre de vaisseaux à lumière étroite et à parois fibreuses, aussi en résulte-t-il des lésions disséminées de dégénérescence.

On est obligé d'admettre ici l'origine osseuse de la tumeur. Il serait inadmissible qu'une tumeur primitivement développée dans une gaine tendineuse envoyât secondairement un pédicule aussi fin dans l'intérieur d'un os. Cette tumeur s'est donc développée dans la partie médullaire de la phalangette, sans en altérer la forme ni la consistance; puis elle a usé un point de sa substance compacte pour se

répandre au dehors, où elle a envahi et détruit les gaines tendineuses en respectant les tendons.

Nous croyons que tous ces myélomes des parties molles, qui paraissent indépendants du squelette, ont une origine osseuse. Un fragment osseux ou périostique peut être détaché, transporté au milieu de parties molles, et être le point de départ d'une néoplasie conjonctive, gardant l'empreinte de son origine : les myéloplaxes.

Mais à côté de ces myélomes, à tendance fibreuse, dont la bénignité constitue un des caractères, on observe des tumeurs à myéloplaxes qui sont d'une excessive malignité ; dont nous avons examiné des coupes. Nous avons ainsi examiné une tumeur provenant du service de M. le professeur Demons. Cette tumeur était infiltrée de myéloplaxes, contenait de nombreux vaisseaux sans paroi propre et le tissu, constitué en outre par des éléments embryonnaires et des leucocytes, était le siège d'hémorragies interstitielles. On pourrait donc décrire des myélomes embryonnaires et des myélomes à tendance fibreuse.

Au point de vue clinique le myélome est une tumeur à marche lente, mettant plusieurs années à acquérir le volume d'une noix ou d'un œuf. Leur ablation n'est pas suivie de récidive, ni de généralisation. Mais nous pensons qu'abandonnés à eux-mêmes ils peuvent se transformer en myélome malin (1).

---

(1) Le sujet de cette observation a été opéré le 19 octobre 1897. Nous lui avons désarticulé l'orteil. Actuellement il en est excellente santé et sa cicatrice est parfaite.

Note. — Ce travail a été cité presque tout entier et en français dans un important mémoire sur le « myélome des parties molles » du

De la symphyse des membres après brûlure et principalement de la symphyse thoraco-brachiale. — Th. Bordeaux, 1896.

Notre maître, M. le professeur Piéchaud, ayant eu l'occasion d'opérer deux enfants l'un d'une symphyse des cuisses, l'autre d'une symphyse thoraco-brachiale, après brûlure, nous engagea à faire notre thèse sur ce sujet, et nous communiqua ses deux observations inédites.

Nous rapportons dans ce travail cinq autres observations de symphyse thoraco-brachiale, celles de Jobert de Lam-

Dr Ernst Delbanco, de Hambourg, *Monatshefte für prakt. Dermatologie*, 1, 15 août 1900.

Dans ce mémoire, l'auteur rapporte l'observation d'un sujet âgé de 31 ans qui portait depuis l'âge de 9 ans une tumeur située dans le tissu sous-cutané de la face dorsale du pouce, au niveau de l'articulation de la phalange unguéale, une tumeur du volume d'une noisette. La tumeur enlevée présentait les mêmes caractères histologiques que la tumeur que nous avons observée. On y retrouvait en effet des éléments cellulaires à 1, 2 ou 3 noyaux, des cellules géantes (myéloplaxes de Robin, ostéoclastes de Kölliker) ayant jusqu'à 30 noyaux et plus. Vaisseaux peu nombreux et à parois épaisses.

L'auteur, après un historique très complet, et après avoir analysé les principales observations de myélomes des parties molles et de myélomes des gaines tendineuses, rejette l'opinion exprimée par Heurtaux et par d'autres auteurs, d'après laquelle ces myélomes peuvent se développer directement dans les parties molles. Il admet avec nous l'origine osseuse de ces tumeurs. Mais cette origine osseuse est difficile à démontrer. « Le travail de Venot, dit l'auteur, a bien éclairci l'étude de ces difficultés » (p. 168).

Puis il rapporte presque tout notre travail en français. Plus loin il ajoute : « Le cas de Venot me fait du reste croire que dans les deux premiers cas de Heurtaux il y avait vraisemblablement des pédicules allant de la tumeur des gaines tendineuses aux phalanges ; il y est en effet parlé de prolongements de la tumeur qui se perdent entre les os et les tendons. Je suis d'accord avec Venot qu'il faut admettre dans les cas de Heurtaux une origine osseuse des tumeurs des gaines tendineuses. »

balle, G. M. Jones, Verneuil, John Barthon et Defontaine (du Creusot).

Nous nous contenterons de résumer ici nos deux observations inédites.

I. *Symphyse thoraco-brachiale.* — Garçon de 6 ans. Sa brûlure remonte à un an. Il s'amusait trop près du feu, et ses vêtements s'enflammèrent déterminant des brûlures étendues, surtout de la face interne du bras gauche et du côté correspondant du thorax.

Il fut soigné par une femme du village et, longtemps après, par un médecin.

A son entrée à l'hôpital, son bras gauche tout entier jusqu'au coude est réuni au thorax, de telle manière qu'en avant et en arrière le tégument s'étend directement de la poitrine sur le bras.

Les mouvements du bras sont très limités ; le coude ne peut s'écarter du thorax que de 3 centimètres.

L'avant-bras est libre et doué de tous ses mouvements.

Le tégument dermo-cicatriciel qui constitue l'adhérence du bras au thorax est souple et mobile. On peut enfoncer les doigts dans l'aisselle et constater qu'il n'existe pas probablement de bride profonde bien solide faisant obstacle.

Ni troubles trophiques, ni troubles sensitifs. Tous les muscles du bras sont conservés et se contractent à l'exploration électrique. Les os ont même longueur.

L'opération consista à tailler deux lambeaux triangulaires à sommet inférieur, l'un en avant, l'autre en arrière, à séparer le tissu fibreux, qui formait dans l'aisselle, jusqu'au contact du paquet vasculo-nerveux, un feutrage plus épais qu'on ne pouvait le diagnostiquer cliniquement, et à entre-

croiser dans la commissure les deux lambeaux triangulaires.

Suites opératoires excellentes. Articulations mobiles. Guérison.

II. *Symphyse des cuisses.* — Garçon de 6 ans. Il y a 18 mois, tombe en position assise dans une bassine d'eau bouillante. Soins consécutifs très irréguliers. A son entrée à l'hôpital des Enfants on constate : symphyse incomplète des membres inférieurs, les deux cuisses sont réunies par une cicatrice dure, épaisse, irrégulière occupant tout le tiers supérieur. La région anale, le scrotum et la verge sont le siège de cicatrices insignifiantes.

Opération. — Le point délicat était d'interposer en haut, du côté du périnée, entre le scrotum et l'anus, un lambeau de tissu sain. Ne pouvant sans délabrement fâcheux l'emprunter au scrotum ni à la région fessière, ni à la cicatrice qui est trop épaissie et trop lardacée, M. Piéchaud prend le parti d'interposer la muqueuse rectale.

Incision verticale qui sépare la cicatrice et le tissu fibreux et dissection de la muqueuse anale qui est attirée en avant et suturée à l'angle antérieur de plaie. Guérison.

Ces déformations sont très rares. Elles nécessitent en effet pour leur production une brûlure étendue, très grave par conséquent et entraînant la mort dans la plupart des cas. Enfin si le sujet survit à ses blessures il faut encore, pour que la déformation s'établisse, une absence de traitement.

Il est des cas cependant, comme le fait remarquer Panas, dans lesquels « le chirurgien guidé par des considérations

bien autrement graves, celle que lui inspire, par exemple, le péril que ferait courir à la vie du malade l'existence d'une vaste étendue suppurante doit non seulement ne pas empêcher, mais favoriser au contraire la production de la difformité ». L'*attitude* défavorable du membre, la *rétractilité* cicatricielle, aidée par la *disposition anatomique* de la région, sont les causes de ces cicatrices vicieuses.

Le tissu cicatriciel forme tantôt un tas épais, dur, immobile, profondément attaché dans le creux de l'aisselle, les téguments sains pouvant être très éloignés ; tantôt le tissu cicatriciel est plus souple, entremêlé de tégument sain en quantité plus ou moins grande. La palmure dans ce dernier cas est constituée par deux feuillets dermo-cicatriciels mobiles l'un sur l'autre.

Mais ce qu'il importe surtout de connaître, c'est l'état du tissu fibreux profond qui peut être plus ou moins abondant et qui peut comprimer le paquet vasculo-nerveux. C'est là un des obstacles les plus importants au rétablissement de la fonction, et sa dissection constitue un temps délicat de l'acte opératoire.

Les *troubles trophiques* sont très variables. Dans certaines observations on note une atrophie du membre qui est plus grêle et plus court que le membre du côté opposé. Ces troubles trophiques dépendent surtout, pour Velpeau, de la compression du paquet vasculo-nerveux par le tissu de cicatrice.

Panas admet que l'atrophie et l'arrêt de développement (chez les enfants) reconnaissent pour cause l'immobilité

prolongée. Or dans notre observation il n'y avait ni atrophie, ni raccourcissement du membre malgré une immobilité prolongée.

Ces troubles trophiques nous paraissent tenir surtout à la profondeur de la brûlure et à la production d'un tissu fibreux rétractile épais.

Nous en dirons autant des articulations dont l'intégrité est signalée dans tous les cas ; les lésions articulaires dépendant uniquement de la profondeur de la brûlure.

Il résulte de ces constatations que l'examen du sujet a une grande importance dans la préparation de l'acte opératoire. On devra interroger successivement les os, les muscles, les vaisseaux et les nerfs, enfin et surtout bien examiner le tissu dermo-cicatriciel pour savoir jusqu'à quel point on pourra l'utiliser.

Traitement. — Il y a un traitement prophylactique, c'est le traitement de la brûlure. Dans toute région commissurale il est de règle de tenir les parties écartées et d'exercer une certaine compression dans l'angle de la plaie.

Mais tout l'intérêt est dans le traitement de la difformité constituée.

Le principe du traitement chirurgical comprend : 1° la section de la palmure ; 2° la destruction des brides fibreuses profondes ; 3° l'interposition de peau saine dans l'angle de la commissure. Lorsqu'au bout d'un temps qui varie entre quelques mois, une année et même davantage, le tissu dermo-cicatriciel est devenu souple on pourra se servir de ce tissu pour l'interposition.

Cette reconstitution du creux de l'aisselle peut être exécutée de différentes manières : par l'*autoplastie excentrique*, par l'*autoplastie périphérique*, enfin par la *greffe*.

Le procédé excentrique consiste à prendre dans le voisinage un lambeau tégumentaire suffisamment épais et suffisamment vasculaire, à tordre ce lambeau autour de son pédicule et à le fixer dans le creux de l'aisselle. Puis on sectionnera le pédicule quand la nutrition du lambeau dans sa nouvelle situation sera assurée. C'est un procédé d'exception qui reconnaît comme indications les cas où le procédé périphérique ne peut être mis en œuvre.

Celui-ci,au contraire,est le procédé de choix. Le lambeau, ou mieux les lambeaux, l'un en avant, l'autre en arrière, sont taillés dans les tissus périphériques et amenés par glissements dans la commissure.

Dans certaines circonstances on pourra utiliser les différents procédés de greffe.

Enfin dans un cas grave où les désordres étaient étendus et le tissu cicatriciel inutilisable, Verneuil employa le procédé de W. Jones, qui consiste à pratiquer deux incisions convergentes circonscrivant un angle dans lequel se trouve comprise la bride plus ou moins large qu'on veut allonger. Il en résulte une plaie triangulaire qu'on métamorphose par la suture en une plaie en Y. L'allongement qu'on obtient par cette manœuvre est égal à la longueur de la branche verticale de l'Y.

Fracture de la colonne vertébrale. Section complète de la moelle. Autopsie. — *Société d'anatomie de Bordeaux*, mars 1892.

Fracture de la colonne vertébrale. Trépanation. Mort. — *Société d'anatomie de Bordeaux*, juin 1892.

Tuberculose tibio-tarsienne et altération graisseuse des os du tarse. — *Journal de médecine de Bordeaux*, août 1898.

Autour d'un foyer tuberculeux, et principalement d'une tumeur blanche, tous les tissus, depuis la peau jusqu'aux os, subissent des modifications plus ou moins profondes dans leur nutrition et dans leur texture.

Pilliet a étudié, dans les *Archives de médecine expérimentale*, 1894, ces altérations diffuses des membres dans la tuberculose articulaire : elles ont deux formes principales, la sclérose qui est surtout en rapport avec des lésions atténuées ou en voie de guérison, et l'adipose inflammatoire, en rapport avec un état dégénératif accentué.

Dans les os voisins du foyer tuberculeux articulaire on rencontre une altération graisseuse dont la nature a été très discutée. Ranvier la considère comme le premier temps de la carie, Ollier comme une lésion nécrobiotique dont les causes sont l'immobilité, la compression, l'inactivité fonctionnelle et surtout une perturbation nerveuse causée par l'inflammation chronique de la synoviale. Poulet en fait un trouble trophique par névrite périphérique.

Nous croyons, avec Pilliet, qu'il s'agit là de lésions tuberculeuses diffuses, malgré qu'on ne rencontre ni nodules, ni cellules géantes, ni fongosités, ni séquestres, ni pus.

Dans un cas de tumeur blanche tibio-tarsienne, que nous avons opérée dans le service de M. le professeur Piéchaud,

après avoir enlevé l'astragale et curetté la mortaise tibio-péronière, nous avons examiné les os mis à nu par l'acte opératoire. Nous avons trouvé que le calcanéum et le cuboïde, qui n'étaient ni douloureux à la pression, ni déformés, présentaient les signes suivants : sur la face supérieure du calcanéum, on pouvait par la pression déprimer l'os et constater une sorte d'élasticité anormale à la place de la résistance osseuse. De plus, en percutant avec un instrument métallique cette même surface osseuse on obtenait un bruit mou, mat, éteint. Enfin, avec un stylet ou une sonde cannelée on pouvait pénétrer par effraction à travers la coque osseuse jusque dans l'intérieur de l'os. Mêmes symptômes du côté du cuboïde.

Ces os furent évidés à l'aide d'une curette, et ce tissu osseux ainsi obtenu, raréfié, à mailles élargies, à trabécules amincies contenait une moelle huileuse.

Nous avons inoculé quatre cobayes, deux avec l'huile qui s'écoulait des os, et deux avec les os eux-mêmes. Ces quatre cobayes sont morts tuberculeux et dans leurs lésions nous avons retrouvé le bacille de Koch.

Ces inoculations positives démontrent donc l'existence du bacille de Koch au sein de ce tissu osseux ramolli.

Ainsi le professeur Le Dentu avait trouvé le bacille de Koch dans la moelle d'un os long, très loin de la lésion articulaire.

Tuberculose du tarse. — *Société d'anatomie de Bordeaux*, 1895.

Tuberculose tibio-tarsienne. — In Th. Vallet, Bordeaux, 1899.

Tumeur d'aspect sarcomateux causée par des corps étrangers multiples. — *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, octobre 1900 (En collaboration avec M. W. Dubreuilh, professeur agrégé à la Faculté).

Le cas qui fait l'objet de ce travail concerne un enfant de onze ans, fils de tuberculeux pulmonaire, qui en septembre 1898, s'amusant sur les rochers au bord de la mer, s'enfonça

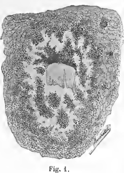


Fig. 1.

accidentellement un morceau d'écaille d'huître sous la peau de a face dorsale de la première phalange de l'index droit. Deux mois après il survint un abcès et ce fragment d'écaille fut expulsé avec le pus. Après guérison il persista localement un peu d'empâtement indolore qui s'accrut progressivement. Au mois de juin 1899, au moment où l'enfant est examiné, la région est le siège d'une tuméfaction régulière, du volume d'une amande, fluctuante, et à son niveau la peau est

rouge et fait corps avec la tumeur. Pensant à un abcès froid, nous pratiquons avec la pointe du bistouri une petite ponction, il s'écoule du sang pur, le diagnostic est alors modifié et nous pensons à un sarcome.

L'ablation en fut pratiquée quelques jours après : il s'agissait d'une tumeur très molle, grisâtre, parsemée de petits points jaunâtres, entourée d'une membrane d'enveloppe qui en rendit facile l'extirpation.

Au microscope, la néoplasie est formée d'un tissu conjonctif jeune, divisé en lobes inégaux et irréguliers par des

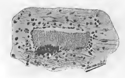


Fig. 2.

travées de tissu fibreux et creusé de petits abcès. Au centre de ces abcès microscopiques existe un corps étranger.

Ce corps étranger se présente sous forme d'une plaque carrée ou rectangulaire, ne se colorant par aucun réactif, réfringente et s'éclaircissant, sans disparaître complètement, par l'acide acétique. L'examen comparatif de fragments d'écailles d'huître a démontré leur parfaite identité avec ces corps étrangers.

La néoplasie est parcourue en tous sens par de nombreux vaisseaux sanguins et lymphatiques. On ne découvre de microbe ni dans les abcès, ni dans le tissu environnant.

Nous pouvons rapprocher cette observation d'un cas pu-

blié par Spitzer en 1897, relatif à un homme de 62 ans qui présentait une tumeur analogue sur la face dorsale du pied droit. On avait pensé à une tumeur maligne et proposé l'amputation qui fut repoussée. On extirpa alors cette tumeur.

L'examen histologique fit reconnaître une quantité d'abcès en miniature, au centre de chacun desquels étaient plusieurs corps étrangers qu'on reconnut pour des poils d'insecte.

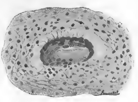


Fig. 3.

On apprit alors que cinq ou six mois auparavant, le malade travaillant aux champs, chaussé de bottes, avait senti sur le dos du pied une vive démangeaison, et pour la calmer il avait à plusieurs reprises fortement comprimé le point avec le talon de l'autre pied. La cuisson augmentant toujours, il enleva sa botte, et trouva une chenille de Bombyx Rubi qu'il avait écrasée sur place.

Dans l'observation de Spitzer, on comprend que les poils barbelés de la chenille aient pu cheminer dans les tissus et se disséminer. Dans notre cas, il faut admettre que les chocs et les pressions et peut-être aussi la néoplasie conjonctive

ont fragmenté, dissocié et chassé dans les tissus les morceaux d'écaille d'huître.

Epithélioma de la jambe. — *Société de médecine de Bordeaux*, juillet 1901.

Résection de la saphène interne. — *Société d'anatomie de Bordeaux*, août 1903.

Ulcères variqueux. Insuffisance valvulaire de la saphène interne. Résection de 27 centimètres de la veine. Guérison.

Sarcome récidivé de la fesse. — *Société d'anatomie de Bordeaux*, août 1903.

THORAX

Récidive de sarcome du sein. — *Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux*, 3 août 1903.

Malade de 50 ans, opérée six ans auparavant d'un énorme sarcome du sein. La tumeur a récidivé il y a six mois, dans le tissu cellulaire sous-cutané au-dessous de la cicatrice. Elle a le volume d'une mandarine et est mobile sous la peau et sur les plans profonds. Ablation très simple.

Liquide retiré de la plèvre d'un malade atteint de sarcome pulmonaire secondaire. — *Société d'anatomie de Bordeaux*, août 1903.

Sarcome pleuro-pulmonaire. — *Société d'anatomie de Bordeaux*, 23 novembre 1903 (En collaboration avec M. MONGOUR).

Il s'agit d'un malade de 32 ans, atteint de sarcome de la fesse récidivé avec métastase pleuro-pulmonaire. Ce malade succomba le 5 septembre 1903 après avoir présenté les symptômes suivants :

Douleurs continues avec paroxysmes dans tout l'hémithorax gauche, irradiées vers l'épaule et augmentées par la percussion ; dyspnée constante ; crachats hémoptoïques.

Voussure de l'hémi-thorax gauche, effacement des espaces intercostaux. Immobilité absolue du thorax pendant

les mouvements respiratoires. Riche réseau veineux sous-cutané. Œdème des téguments.

Matité absolue à la percussion du côté gauche. A l'auscultation disparition du murmure vésiculaire ; souffle cavitaire. Bronchophonie, pectoriloquie aphone.

Signes généraux : amaigrissement, teint terreux, pas de fièvre, conservation de l'appétit.

En outre,ce malade présentait un œdème très intense de la moitié gauche de la face de la paupière gauche et du membre supérieur du même côté avec dilatations variqueuses. Il était donc à présumer que la tumeur intra-thoracique comprimait les veines correspondantes. Le 27 août: ponction exploratrice donnant issue à un liquide visqueux, noirâtre qui s'éclaircit un peu après centrifugation de 10 minutes. On y trouvait de très nombreux leucocytes très cohérents, poly et mononucléés.

Autopsie. — La plèvre est le siège d'arborisations veineuses très développées. Ganglions le long des vaisseaux mammaires. La chaîne ganglionnaire se poursuit jusqu'à l'insertion du mésentère. Tronc veineux brachio-céphalique fortement comprimé par la tumeur. Il s'agit en effet d'une tumeur pleurale occupant la face antérieure,la face externe et le sommet de la plèvre, formant une coque blanchâtre, d'un demi-centimètre d'épaisseur, molle, adhérente au tissu pulmonaire.

Au microscope : sarcome fasciculé.

TABLE DES MATIÈRES

Imp. J. Thevenot, Saint-Dizier (Haute-Marne).